

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

## ENFERMEDAD DE KIENBÖCK BILATERAL

My. Francisco Leyva Basterrechea<sup>1</sup> y My. Arturo González Pacheco

### RESUMEN

Se presenta un caso con enfermedad de Kienböck bilateral. El tratamiento empleado y la evolución de la paciente fueron favorables. Se señala esta forma rara de presentación y la no existencia de un reporte similar en nuestro país.

Descriptores DeCS: OSTEOCONDRIITIS/cirugía; HUESOS DEL CARPO/cirugía; HUESOS SEMILUNARES/cirugía.

La enfermedad de Kienböck, también conocida como lunatomalacia, osteocondritis del semilunar, condensación del semilunar y necrosis aséptica del semilunar, es un estado clínico caracterizado por el dolor y disminución de la función articular en grado variable de la muñeca, por causa de alteraciones morfológicas del semilunar, provocadas por un trastorno en el aporte sanguíneo.<sup>1,2</sup>

En 1910 un radiólogo vienés, Robert Kienböck publicó su descripción ya clásica de la lunatomalacia en 16 pacientes, gracias a la entonces novedosa técnica de los rayos X descubierta hacía pocos años. Es a partir de entonces que se conoce en la literatura médica esta afección como enfermedad de Kienböck; sin embargo, la primera descripción del colapso del semilunar la hizo J.L. Pestéen 1843 en disecciones anatómicas en cadáveres. Lue-

go aparecen una serie de reportes de la enfermedad y planteamientos sobre su patogenia que permanecen aún sin respuesta exacta.<sup>1</sup>

No es infrecuente que el cirujano ortopédico se enfrente en algún momento de su desempeño profesional a esta afección. Es por eso que en los últimos 20 años le ha dado gran importancia como causa de dolor y disfunción de la muñeca no explicable en algunos pacientes; cada vez es diagnosticada con mayor frecuencia y hoy se dedican publicaciones enteras a tratar este tema, en contraste con los pocos renglones que se le dedicaban en los textos clásicos.<sup>3</sup>

Al revisar la literatura médica nacional, no encontramos nada publicado sobre esta afección en los últimos 10 años y nunca sobre un caso bilateral. Al consultar con profesores destacados en nuestra es-

<sup>1</sup> Especialista de I.Gab en Ortopedia y Traumatología. Instructor.

pecialidad tampoco han encontrado casos bilaterales de necrosis aséptica del semilunar en su vasta experiencia de más de 30 ó 40 años. La literatura médica de habla inglesa y alemana plantean como rara esta forma de presentación. Es por esto que al asistir a la paciente que nos ocupa decidimos hacer una revisión de la entidad, su forma de presentación y posibilidades diagnósticas y de tratamiento que ofrece la medicina hoy en día.

## MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se revisaron la HC 737485 en el archivo del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", con el diagnóstico de enfermedad de Kienböck así como las radiografías y gammagrafía. La paciente fue tratada de la mano y del miembro superior por el grupo de Cirugía del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Instituto. Para precisar datos concretos se entrevistó a la paciente.

Se hizo una revisión de la literatura médica especializada sobre la lunatomalacia, su historia, diagnóstico y tratamiento, incidencia respecto a la edad, sexo, uni o bilateralidad, actividades previas de la paciente y lo descrito en la literatura médica nacional.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

En enero de 1992 acudió a nuestra consulta una paciente de 31 años de edad con antecedentes de salud, refiriendo dolor en la muñeca derecha de 1 año de evolución, sin trauma previo, pérdida de la fuerza de prensión y con sólo 30° de extensión de la muñeca. Laboraba en esos momentos como ayudante de cocina.

Cuando se realizó el estudio radiológico comparativo de la muñeca en las vistas AP y lateral, se constató esclerosis, deformidad y colapso del semilunar derecho, se diagnosticó el estadio III-B de la enfermedad. La gammagrafía mostró un aumento de la captación en el carpo derecho (fig. 1).

En marzo del mismo año es operada; se tuvo en cuenta nuestra experiencia en algunos casos de necrosis del polo proximal del escafoides, tratados con exéresis del fragmento necrosado e interponiendo en el espacio de aquél un complejo músculo tendinoso formado por enrollamiento del palmar menor extraído del propio paciente, el cual había evolucionado favorablemente con buena función y sin dolor.<sup>5,6</sup> Se procedió de igual forma con la paciente, por un abordaje dorsal curvilíneo se reseca el semilunar y además se constata una osteocondritis de la cabeza del hueso grande, resecando también esta porción.

El lugar es ocupado por el tendón y porción del vientre muscular del palmar menor enrollado, se sutura la cápsula articular y la piel es inmovilizada con una férula antebraquial en posición neutra y es dada de alta 2 días después.

En consulta externa a las 4 semanas se retiró el yeso y comenzó la rehabilitación; el dolor se mantenía. A las 18 semanas la extensión de la muñeca es de 40° y la flexión de 35, el dolor es discreto y comienza a mejorar la fuerza de prensión. Al 5to. mes no tiene dolor, ha recuperado en gran medida la fuerza de la mano con 50° de extensión y 40 de flexión de la muñeca.

Es dada de alta el 21 de agosto de 1992. El estudio radiográfico mostró un mantenimiento del espacio, discreta disminución de la altura carpal y realineación mínima de los huesos del carpo. Se incorporó a su trabajo.



Fig. 1. Radiografía donde se diagnostica la enfermedad de Kienbock en la muñeca derecha, en estadio. III. Obsérvese la izquierda aparentemente normal.

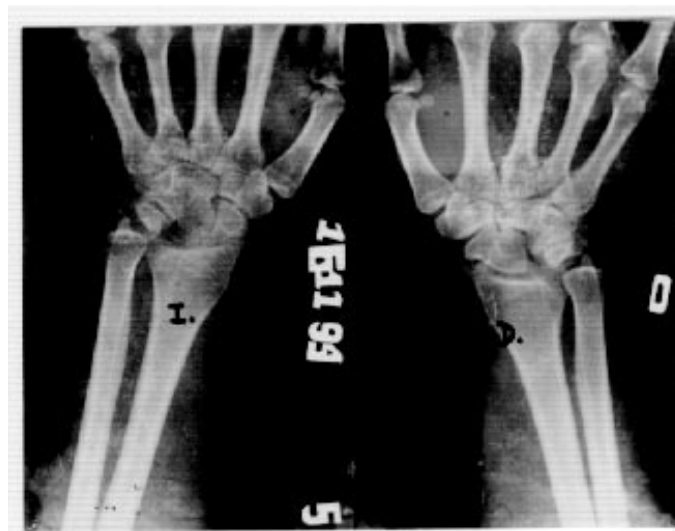


Fig. 2. Radiografía posoperatoria AP de ambas muñecas. Obsérvese la realineación de los huesos del carpo.

En julio de 1994 la paciente acude nuevamente a la consulta aquejando dolor y pérdida de fuerza de la mano izquierda de 2 meses de evolución. Al realizar el estudio radiográfico se constata un aumento de la densidad del semilunar. Se plantea el diagnóstico de la enfermedad en estadio II. Inspirados en el resultado obtenido en la mano derecha se procedió de igual forma y es operada en agosto de 1994. Se retiró el yeso al mes comenzando a reha-

bilitarse; a las 8 semanas desapareció el dolor y comienza a mejorar la fuerza de prensión. A los 4 meses la muñeca se mueve en un rango de 45E de extensión y de 30 de flexión sin dolor. Continuó la mejoría clínica y se incorporó a su trabajo en diciembre del mismo año.

Al evaluar la mano derecha a los 2 años, la extensión llegó a los 60E, sin dolor y con una fuerza que le permitió realizar su trabajo anterior (fig. 2).

## DISCUSIÓN

La paciente acude al ortopédico por un dolor y sinovitis discreta de la muñeca, pérdida de la fuerza de prensión y limitación del movimiento. Esta afección se ha visto con más frecuencia en el sexo masculino, con una relación de 7:1 con respecto al femenino; el predominio de la edad es entre los 18 y 40 años, siendo rara su presentación en los extremos de la vida y en el 95 % de los pacientes se recoge el antecedente de actividades manuales.<sup>4,6</sup>

La incidencia de la enfermedad de Kienböck bilateral es rara; desde 1910 hasta el momento actual sólo se conocen 25 casos reportados por 10 autores en la literatura médica. En 1937 *Chauvenet*<sup>7</sup> de sus 3 casos, 1 era bilateral; *Stahl*<sup>8</sup> en 1947 de sus 326 pacientes, 15 fueron bilaterales; *Alessandri*<sup>9</sup>, en 1963 describió 1 caso; *Tillber*<sup>9</sup>, 1968 en su serie de 10 pacientes

reportó 1 bilateral; *Biboz*<sup>10</sup>, en su tesis de doctorado en 1971 presentó 22 pacientes siendo 1 bilateral; *McNicols*,<sup>11</sup> en 1982 publicó otro caso; *Morgan* y *McCue*<sup>12</sup> citan 2 casos bilaterales, *Blacchieri* y otros<sup>13</sup> en 1992 reportaron una paciente; *Hamilton de Castro*<sup>14</sup> en su tesis de maestría encontró 1 bilateral de sus 56 pacientes, en 1993 y por último, *Jojji* y otros<sup>15</sup> en 1993 estudiaron 110 pacientes con parálisis cerebral diagnosticando enfermedad de Kienböck en 5 y 1 de ellos bilateral.

En cuanto al tratamiento, depende fundamentalmente del estadio de la enfermedad; son múltiples las técnicas descritas y es indudable que ninguna es la mejor. La elección del tratamiento, además de lo anterior, debe basarse en la experiencia del cirujano y en lo que el paciente espera de su mano.<sup>3</sup> El objetivo final debe ser lograr una mejoría de la función sin dolor.

## SUMMARY

A case with bilateral Kienböck's disease is presented. The treatment used as well as the evolution of the female patient were favorable. This rare form of presentation and the non existans of a similar report in our country are stressed.

Subject headings: OSTEochondritis/surgery; CARPAL BONES/surgery; SEMILUNAR BONE/surgery.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gerwin, Michelle MD. The History of Kienböck Disease. *Hand Clinic* 1993;9(3):385-90.
2. Williams Craig, Gelberman RH. Vascularity of the lunate. *Anatomic Studies. Hand Clinic* 1993;9(3):391-3.
3. Weiland, Andrew J. Kienböck Disease. *Hand Clinic, Prefase* 1993;9(3):384.
4. Szabo R, Greenspan A.: Diagnosis and Clinical Findings of Kienböck's Disease. *Hand Clinic* 1993;9(3):389-408.
5. Sthal F. On Lunatomalacia. *Acta Chir Scand* 1947;95 Suppl 126:1-133.
6. Gillespie HS. Exsicion of the Lunate Bone in Kienböck's Disease. *JBJS* 1961;43B:245-9.
7. Chauvenet M. Contribution e L'etude L'osteomalacia do semilunaire. Lyon, 1937. Thèse pour le doctorat en medicine.
8. Alessandri M. Contributo allo studio de morbo di Kienböck. *Minerva Ortop* 1986;17(3):122-9.
9. Tillber B. Kienböck's Disease Treated With Osteotomy to Lengthen Ulna. *Acta Ortop Scand* 1968;39:247-53.
10. Bibaz JP. Malaide de Kienböck, etad actual de connaissances. Val de Marne. 1971. Thèse pour le Doctorat em Medicine. Faculté de Medicine de Cretil. Université de Paris.

11. MacNicol, MF. Kienböck's Disease in Association With Carpal Coalition. *Hand C* 1982;14:185-7.
12. Morgan RE, McCue FC. Bilateral Kienböck's Disease. *J Hand Surg* 1983;(8)B:928-32.
13. Blachier D, Reneaux P, Forestier A. Bilateral Kienböck's Disease in Adolescent. A Propos of a Surgically Treated Case. *Rev Chir Orthop. Reparatrice Appar* 1992;78(6):408-10.
14. Hamilton de Castro, W.: Tratamiento da Necrosis Assetica da Semilunar. 1993. Tese apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade Sao Paulo, Brasil.
15. Joji S, Misuseki T, Katamaya S. A etiology of Kienböck's Disease Based on a Study of the Condition Among Patients With Cerebral Palsy. *J Hand Surg* 1993;18(3)B: 294-8.

Recibido: 2 de octubre de 1997. Aprobado: 12 de marzo de 1998.

My. *Francisco Leyva Basterrechea*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.